

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 179

INDICATIONS ET RÉSULTATS

DE LA

DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE

(D'après la statistique de la clinique d'accouchements
de la Faculté de médecine de Bordeaux).

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 28 Juillet 1933

PAR

Henri-Marie-Louis GARRIGUE

EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à SAINT-FÉLIX-DE-REILHAC (Dordogne), le 14 mai 1908.

Examineurs de la Thèse

{	MM. ANDÉRODIAS, professeur	<i>Président.</i>
	PERY, professeur	{ <i>Juges.</i>
	FAUGÈRE, agrégé	
	RIVIÈRE, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1933



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 179

INDICATIONS ET RÉSULTATS

DE LA

DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE

(D'après la statistique de la clinique d'accouchements
de la Faculté de médecine de Bordeaux).

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 28 Juillet 1933

PAR

Henri-Marie-Louis GARRIGUE

EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à SAINT-FÉLIX-DE-REILHAC (Dordogne), le 14 mai 1908.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur	Président.
		PERY, professeur	Juges.
		FAUGÈRE, agrégé	
		RIVIÈRE, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6. Place Saint-Christoly

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSE, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGÈS, AUCHÉ, SELLIER.

PROFESSEURS

MM.	MM
Clinique médicale..... MAURIAC.	Zoologie et parasitologie..... MANDOU.
id..... CASSAET.	Médecine expérimentale..... DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale..... CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique..... TEULIÈRES.
id..... BÉGOIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.. ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales... CARLES.	Clinique gynécologique..... GUYOT.
Clinique d'accouchements..... ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.. CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique. SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale..... DELAUNAY.
Anatomie..... VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique... SIGALAS.
Anatomie générale et histologie..... G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques. BONNIN.
Physiologie..... PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques PETGES.
Hygiène..... LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires. DUVERGEY
Médecine légale et déontologie..... LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales. ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic. RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie..... PORTMANN
Chimie..... CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée..... LABAT.
Botanique et matière médicale..... BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.. CEAUX.
Pharmacie..... DUPOUY.	Clinique dentaire..... CAVALIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie..... DUBECQ.	Chirurgie générale..... PAPIN.
id..... DUFOUR.	id..... JEANNENEY.
Physiologie..... FABRE.	id..... CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles..... R. SIGALAS.	id..... LOUBAT.
Médecine générale..... N.	Obstétrique..... RIVIÈRE.
id..... AUBERTIN.	Ophthalmologie..... BEAUVIEUX.
id..... DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie..... JOULIA.
id..... PIÉCHAUD.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie. VITTE.
id..... DELMAS-MARSALET.	

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM
Médecine opératoire..... PAPIN.	Puériculture..... FAUGÈRE.
Physiologie..... FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.. GOLSE.
Accouchements..... PERY.	Zoologie et parasitologie..... R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....	MM. CABANNES.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.	
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.	
id..... Clinique dentaire..... DELGUEL.	

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MA MERE

Qui serait heureuse de me voir arriver
au but qu'elle souhaitait pour moi.

A MON PERE

Ce bien faible témoignage de respect et
de gratitude pour son inépuisable bonté.

A MA TANTE

En reconnaissance de son tendre dé-
vouement, je lui exprime toute ma filiale
affection.

A MA SOEUR ET A MES FRERES

Notre unité et notre amour familial
nous a toujours réunis. Je les associe
à ma joie, dans un même sentiment
d'amitié fraternelle.

A MON ONCLE

LE DOCTEUR PELISSIER

De la Faculté de médecine de Paris.

Nous lui exprimons toute notre pro-
fonde reconnaissance pour l'affectueuse
bienveillance avec laquelle il nous con-
seille. Son exemple sera pour nous une
règle de conduite.

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

Leur bienveillance et leur confiance a
été pour moi un réconfort et une joie.

AU DOCTEUR R. MAHON

Chef de Clinique obstétricale à la Faculté.

Qu'il trouve ici l'expression sincère de
ma reconnaissance pour l'autorité et la
bienveillance avec laquelle il a dirigé
notre travail.

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. ANDERODIAS

*Professeur de Clinique d'accouchements,
Médecin accoucheur des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Hommage de reconnaissance respectueuse pour l'enseignement qu'il nous fit de l'obstétrique et le grand honneur qu'il nous fait de présider notre thèse.

INDICATIONS ET RÉSULTATS

DE LA

DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE

(D'après la statistique de la clinique d'accouchements
de la Faculté de médecine de Bordeaux)

INTRODUCTION

La délivrance artificielle ou délivrance manuelle est considérée par beaucoup comme une intervention grave, du fait des complications infectieuses qu'elle est susceptible d'entraîner.

Bien des accoucheurs l'évitent le plus possible et n'y ont recours qu'avec appréhension.

Cette importance que l'on donne à la délivrance artificielle parmi les autres facteurs d'infection puerpérale arrête souvent la main du médecin dans les cas qui ne sont pas d'une urgence absolue, et les malades perdent ainsi le bénéfice d'une intervention simple dont le moins qu'on puisse dire est qu'elle leur éviterait une perte sanguine qui souvent n'est pas négligeable.

La délivrance manuelle est facile, elle tient une place éminente dans le traitement des hémorragies de la délivrance; bien faite, elle met à l'abri du risque si redoutable de réten-

tion placentaire; elle est un temps quasi indispensable de la révision utérine après les interventions obstétricales, dangereuses pour l'utérus.

La délivrance artificielle n'a contre elle que le danger d'infection.

Ce danger est-il tellement redoutable que l'on doive tâcher d'éviter, et par là même, retarder la délivrance manuelle ?

Si beaucoup d'accoucheurs redoutent la délivrance artificielle à cause du risque de contamination, certains autres, loin de craindre l'introduction de la main dans la cavité utérine après l'accouchement, préconisent cette manœuvre de façon systématique.

Gheorgiu ⁽¹⁾ (de Bucarest) défend le principe, non point de la délivrance artificielle systématique, mais, après tout accouchement, et la délivrance naturelle faite, de la révision, dans un but de nettoyage de la cavité utérine, en un mot de ce qu'il appelle le « peignage ».

Sa technique se résume ainsi :

« 1° Faire le nettoyage immédiatement après la sortie du placenta.

» Si le décollement du placenta ne se produit pas, il ne faut pas attendre l'expulsion spontanée pendant les deux heures classiques, car, si le délivre n'est pas décollé au bout d'une demi-heure, il est inutile d'attendre : c'est même dangereux au point de vue de l'infection puerpérale. »

» 2° Nettoyer à fond.

» 3° Ne pas laisser de liquide dans la cavité utérine.

» 4° Surveiller la contractilité et la rétractilité utérine pendant deux à trois heures.

» Quelles sont les indications de cette opération ?

» Elle n'en comporte qu'une seule : la femme qui vient d'accoucher et d'expulser son placenta. »

On voit donc que l'introduction de la main dans la cavité

(1) Gheorgiu, *Traitement prophylactique de l'infection puerpérale* (Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier, 1928, p. 168-177).

utérine est considérée, par certains comme inoffensive, et par d'autres comme un danger redoutable.

Nous n'avons eu d'autre but, en entreprenant cette étude, que de nous faire une opinion personnelle sur les inconvénients et les dangers de la délivrance artificielle d'après les résultats colligés dans le service de M. le Professeur Andérodias.

INDICATIONS

Nous avons relevé, des années 1919 à 1932 incluse, 238 cas de délivrance manuelle pour 11.617 accouchements, ce qui nous donne pour l'ensemble de cette période une proportion comparable à la moyenne classique de 2 p. 100.

Les raisons qui ont motivé l'extraction manuelle du placenta ont été :

1° L'hémorragie, dans 110 cas (46 p. 100), dont la cause incriminée a été, dans 33 cas, l'inertie, et, dans 77 cas, le décollement partiel du placenta;

2° La révision utérine : 80 cas (33,5 p. 100);

3° La rétention totale du placenta : 38 cas (16 p. 100), dont 28 cas par enchatonnement, et 10 par adhérences anormales;

4° Le mauvais état général de la mère et l'élévation de la température dans 8 cas (3,3 p. 100).

5° La délivrance manuelle a été pratiquée deux fois pour expérience dans de très bonnes conditions.

Ces premiers chiffres nous montrent que l'indication la plus fréquente de la délivrance artificielle a été l'hémorragie, soit par décollement placentaire partiel, soit par inertie, les deux causes s'étant d'ailleurs associées fréquemment.

Les hémorragies dues au décollement placentaire ont toutes cédé très rapidement à la délivrance artificielle simple.

Pour les hémorragies où l'inertie était principalement en cause, le massage interne ou externe de l'utérus ou sa compression entre la main utérine et la main abdominale ont accompagné la délivrance. On y a aussi adjoint la plupart du temps l'action de l'injection iodée très chaude et celle de l'ergotine.

Ces hémorragies ont toutes été assez facilement maîtrisées, même celles qui avaient lieu à la période de repos physiologique, sauf dans un cas d'inertie vraie dont voici le résumé :

ANNÉE 1920 : OBS. 438. — Début du travail 3 octobre, à 1 heure du matin; le soir, à 7 heures, dilatation à 5 francs. On introduit un ballon pour terminer la dilatation, il est expulsé, et la tête s'engage. A 21 heures, les contractions s'arrêtent, on termine l'accouchement par une application de forceps en G. P. (deux prises). L'extraction est assez pénible; enfant de 3 kg. 850.

Un quart d'heure après l'accouchement, la malade saigne. Injection vaginale chaude; l'écoulement continue de plus en plus abondant. Délivrance manuelle. Le placenta est décollé sur un tiers de sa surface; injection intra-utérine chaude; l'hémorragie continue. Une deuxième injection et des massages externes n'arrêtent pas l'écoulement sanguin. On fait un tamponnement, et tout rentre dans l'ordre. Injection d'ergotine de toni-cardiaques et de sérum, boissons chaudes alcoolisées. La malade est fatiguée. Pouls, 110

Suites de couches physiologiques.

Dans d'autres cas d'inertie vraie elle avait eu un résultat rapide.

En voici une observation, qu'il est intéressant de rapprocher de la précédente.

ANNÉE 1927 : OBS. 230. — Accouchement lent chez une multipare; inertie vraie. Durée du travail : dix-huit heures.

Hémorragie à la période d'expulsion, tout de suite après l'accouchement, jet de sang; le pouls devient rapide, petit, la malade a des vertiges. On pratique aussitôt la délivrance manuelle, qui est facile, sauf pour les membranes, qui sont adhérentes. L'utérus se rétracte, l'hémorragie s'arrête.

La malade est facilement remontée.

Les suites de couches sont physiologiques.

L'indication la plus fréquente de la délivrance manuelle, après l'hémorragie, est la nécessité de pratiquer la révision

utérine après les manœuvres obstétricales susceptibles de lésér l'utérus et toutes les fois que l'on doute de l'intégrité de l'organe.

La crainte d'une telle éventualité justifie pleinement l'intervention immédiate, étant donnée la gravité que revêtent les déchirures utérines lorsqu'elles ne sont pas précocement traitées.

La délivrance artificielle pour rétention du placenta est un peu moins fréquente; c'est le pourcentage qui a le moins varié au cours des années.

Une seule chose change : c'est l'attente, qui va de une heure à deux heures trente, et la plus ou moins grande facilité de l'intervention.

Sur 38 délivrances pratiquées pour rétention du placenta, 11 sont mentionnées comme ayant été difficiles, les unes à cause de la solidité particulière des adhérences, les autres à cause de la gêne supplémentaire apportée à l'intervention par la rétraction utérine ou l'enchatonnement du placenta dans une des cornes.

Voici, d'ailleurs, quelques-unes de ces observations qui nous ont paru intéressantes.

ANNÉE 1919 : OBS. 330. — Accouchement normal.

Quarante-cinq minutes après l'accouchement par des tractions sur le cordon et l'expression utérine, on ne peut ramener le placenta. On pratique alors la délivrance manuelle. L'anneau de Bandl est rétracté. On peut cependant introduire deux doigts; on termine le décollement et l'on ramène le placenta et les membranes complètes.

Suites de couches physiologiques.

ANNÉE 1923 : OBS. 447. — Version podalique après dilatation au ballon; forceps tête dernière.

D. A. membranes et placenta difficilement décollés du fait d'adhérences fibreuses.

Suites de couches physiologiques.

ANNÉE 1924 : OBS. 173. — Grossesse gémellaire; malade ayant perdu les eaux; dilatation au ballon; accouchement spontané.

Près de deux heures après, la délivrance n'est pas faite, l'utérus est très haut, le fond mal contracté, la partie moyenne très resserée par un anneau de contraction; il n'y a pas d'hémorragie.

On pratique la délivrance artificielle : placenta au niveau du segment inférieur sur la paroi droite. On le décolle assez facilement. Le deuxième placenta se trouve sur le fond utérin très adhérent; le décollement est très pénible, car la main est enserrée par un anneau de contraction et les adhérences sont très solides. Après la délivrance, on constate que deux cotylédons manquent : on va les chercher. Ils sont très adhérents; l'hémorragie n'a pas été très forte.

Les jours suivants, la température oscille entre 37° le matin et 37° 8 le soir jusqu'au cinquième jour. La malade sort à ce moment malgré avis du médecin.

ANNÉE 1929 : OBS. 742. — Accouchement spontané.

Une heure après, hémorragie : injections chaudes; utérus contracté; l'hémorragie continue, la malade présente des signes d'anémie, lipothymie.

On pratique la délivrance manuelle une heure trente après l'accouchement. La main évolue difficilement dans l'utérus; un tiers du placenta est décollé, le reste très adhérent; la délivrance est difficile; longue injection iodée, toni-cardiaques, sulfarsénol préventif.

Suites fébriles. Température, 38° 6 tous les soirs jusqu'au 7^e jour, puis tout rentre dans l'ordre.

ANNÉE 1928 : OBS. 367. — Accouchement spontané. Rupture prématurée des membranes quinze jours avant l'accouchement. Température, 38° 7.

On attend deux heures pour pratiquer la délivrance, qui est difficile du fait de la rétraction utérine, puisque tout le placenta est enchatonné dans la corne gauche, où il est très adhérent. Injection iodée chaude, sécacornine, sulfarsénol, glace sur la ventre.

Suites de couches physiologiques.

ANNÉE 1930 : OBS. 821. — Accouchement spontané. La malade

était porteuse d'un fibrome; il existait de la contracture utérine, que l'on avait combattue par la morphine.

On attend deux heures trente pour pratiquer la délivrance manuelle; anesthésie au chloroforme pour vaincre la contracture; l'extraction du placenta, enchatonné dans la corne gauche, est très pénible.

Injection iodée, sulfarsénol.

Suites de couches physiologiques.

ANNÉE 1934 : OBS. 339. — La malade entre dans le service accompagnée de sa sage-femme. Elle est en travail depuis huit jours. L'utérus est en état de contracture; les bruits du cœur sont normaux. On fait une injection d'un demi-centigramme de morphine.

L'accouchement se fait rapidement en quatre ou cinq poussées et l'enfant ne peut être ranimé.

Une heure après, le placenta n'est pas décollé, l'utérus est rétracté au maximum; il n'y a pas d'hémorragie.

Une heure et demie après l'accouchement sous anesthésie au chloroforme, la délivrance, tentée par une élève, ne peut être faite que par la maîtresse sage-femme, avec de grandes difficultés, vu l'état de contracture de l'utérus, où la main évolue malaisément; le placenta est adhérent et enchatonné dans la corne droite. On fait une injection intra-utérine iodée. La température de la malade est à ce moment de 37° 9, elle présente un facies alarmant de grande infectée. On fait 500 cm³ de sérum sous-cutané et 500 cm³ intraveineux. La malade reste très shockée dans les heures qui suivent. Infection suraiguë le deuxième jour; frisson. Température à 40° 6. Hémoculture + strepto et staphylo. Vu l'état de la malade, on pratique l'hystérectomie.

Elle meurt deux heures quarante-cinq après l'intervention, d'un accident opératoire, la ligature du pédicule utéro-ovarien ayant lâché.

L'examen anatomo-pathologique de l'utérus montre une infiltration leucocytaire du muscle utérin avec de véritables abcès de toutes tailles, qui donnent à l'un des fragments examinés l'aspect d'une éponge pleine de pus.

La délivrance pour température et mauvais état général de la mère n'ayant pas pour cause l'hémorragie, a été pratiquée huit fois de 1919 à 1924. Cette raison n'a pas été invoquée ultérieurement.

Il nous a paru intéressant de relever ces observations.

Dans deux cas, les suites de couches ont été physiologiques.

ANNÉE 1920 : OBS. 570. — Application de forceps au détroit inférieur pour souffrance fœtale et inertie utérine. Température 38°4 pendant l'accouchement.

Délivrance manuelle immédiatement après l'accouchement, vu la température de la malade, qui est fatiguée; longue injection intra-utérine iodée.

Suites de couches physiologiques.

ANNÉE 1922 : OBS. 545. — Accouchement prématuré à 7 mois. Température après l'accouchement, 38°5. Délivrance manuelle; longue injection intra-utérine iodée.

Suites de couches physiologiques.

Dans cinq cas, les malades ont présent pendant quelques jours un peu de fièvre, consécutive à de l'endométrite légère.

ANNÉE 1924 : OBS. 437. — Présentation du siège complet, extraction difficile, abaissement des bras; l'utérus se rétracte mal. Une heure après, le placenta n'est pas décollé. La température est de 38°2. On fait la délivrance pour vider l'utérus, injection iodée.

Au quatrième jour, la température, qui était redevenue normale, monte à 38° F. On fait une injection iodée, on place un ovule au thigénol. Le lendemain, tout rentre dans l'ordre. La malade sort au douzième jour sans avoir présenté d'autres accidents.

ANNÉE 1922 : OBS. 529. — Application de forceps dans l'excavation pour inertie. Déchirure profonde du périnée. Température.

Délivrance manuelle.

Pendant les trois premiers jours, l'utérus reste gros, les cornes sont très douloureuses, les lochies un peu purulentes; la température est à 38°2. On fait des injections iodées et l'on place des ovules au thigénol : la température tombe. Les suites de couches se terminent normalement. La malade sort le quatorzième jour.

ANNÉE 1923 : OBS. 114. — Présentation du siège; incisions du col.

Forceps dans l'excavation, difficile. La malade est très fatiguée. On pratique la délivrance manuelle pour la débarrasser rapidement et faire la revision utérine.

Massage interne et externe de l'utérus; ergotine, toni-cardiaques, sérum. La température oscille entre 37 et 38 pendant quatre jours.

Ovules au thigénol.

Suites de couches sans autres incidents.

ANNÉE 1924 : OBS. 471. — Application de forceps dans l'excavation pour longueur au travail. Délivrance artificielle pour infection amniotique.

La température oscille entre 37 et 39 du troisième au sixième jour, puis tout rentre dans l'ordre sous l'influence du traitement.

ANNÉE 1924 : OBS. 798. — Décollement utéro-placentaire par intoxication gravidique.

Accouchement naturel.

L'état général de la malade est mauvais. On pratique, sans attendre, la délivrance manuelle.

Pneumonie dans les suites de couches.

Dans un cas, la malade a présenté une infection puerpérale grave et une phlébite du membre inférieur.

Voici son observation :

ANNÉE 1920 : OBS. 148. — Primipare; bassin vicié par une luxation congénitale de la hanche, inflammation gonococcique du vagin, du col et du segment inférieur. Accouchement prématuré à huit mois; sonde de Krause, ballon de Champetier petit modèle, puis grand modèle. La malade est très fatiguée. Température,

39°4. Pouls, 120. On fait alors la dilatation manuelle; tentatives infructueuses de forceps au détroit supérieur. Basiotripsie.

Délivrance immédiate. Vu le mauvais état de la malade, on fait aussi la revision utérine; injection intra-utérine iodée; badiageonnage à la térébenthine, huile camphrée, caféine, spartéine, sérum glucosé.

Deuxième jour : Température 38°6; pouls, 130.

Quatrième jour : frisson: Température, 41°4.

On transfère la malade à l'isolement de Cannolle.

La température oscille entre 39, 40, 41 degrés; frissons répétés tous les trois ou quatre jours.

Au huitième jour, pouls, 150; phlébite. Immobilisation dans une gouttière. L'infection sanguine continue. La malade a des clochers de température à 40 et des frissons jusqu'au soixante-neuvième jour. L'infection n'est pas éteinte. Elle sort cependant malgré avis du médecin.

Jamais la température n'est devenue normale, il y a toujours eu des frissons et des clochers de température.

Le traitement avait consisté en toni-cardiaques, électrargol (4 injections de 10 cm³) et trois abcès de fixation.

On a appris que la malade avait guéri ultérieurement.

La conclusion de ce chapitre est que la délivrance artificielle est évidemment le premier traitement à opposer aux hémorragies de la délivrance, sans attendre que l'état de la malade ne devienne inquiétant.

Pour les hémorragies liées au décollement partiel du placenta, la délivrance artificielle est la thérapeutique de choix; pour les hémorragies par inertie, la délivrance manuelle est le premier temps, souvent suffisant à lui seul, de la thérapeutique. Si la compression de l'aorte permet d'attendre le retour des contractions, la délivrance manuelle, par le massage intra-utérin qu'elle réalise, a l'avantage de les provoquer; elle permet, en outre, d'utiliser l'action de l'ergotine sur un utérus vide.

Nous avons vu que la délivrance artificielle pour inertie

vraie n'avait, en somme, échoué que dans un seul cas (1920, obs. 438), où l'on fut obligé de la faire suivre d'un tamponnement utéro-vaginal serré.

Il est bien évident que dans le choix du moment où pratiquer la délivrance manuelle pour hémorragie, le facteur temps est secondaire. Ce qui importe, c'est de ne pas laisser menacer l'état général de la malade par l'importance de l'hémorragie, et les auteurs qui redoutent le plus la délivrance artificielle en tant que facteur d'infection proclament qu'il ne faut pas attendre l'apparition de signes d'anémie grave pour pratiquer cette intervention.

Entre les risques d'une hémorragie immédiate et certaine et les aléas d'une infection éventuelle, on ne saurait hésiter. D'ailleurs, une hémorragie grave mettrait la malade dans de très mauvaises conditions pour se défendre contre une infection du post partum.

Lorsqu'il s'agit d'une simple rétention placentaire sans hémorragie notable, sans aucune atteinte de l'état général, l'espoir de voir se terminer naturellement la délivrance incite à prolonger l'attente.

Cependant, c'est augmenter les difficultés de l'intervention du fait de la rétraction utérine, comme nous l'avons vu pour un certain nombre d'observations, et c'est augmenter les chances d'infection, du fait de l'attente, du fait de l'intervention laborieuse et du morcellement placentaire dans un utérus rétracté où la main est très gênée, quand encore l'introduction d'un doigt n'est pas seule permise.

Aussi nous paraît-il tout à fait recommandable, comme le préconise M. le Professeur Andérodias, de ne pas attendre plus de trente à quarante-cinq minutes entre l'accouchement et la délivrance.

On évite ainsi d'intervenir dans un utérus rétracté et sur une femme fatiguée par une attente trop prolongée.

On admet, d'ailleurs, qu'après ce laps de temps la délivrance naturelle est problématique et le devient de plus en plus à mesure que le temps s'écoule. Une intervention pré-

coce nous paraît donc légitime qui permet de se placer dans de meilleures conditions opératoires.

Nous ne retiendrons pas les cas où la délivrance a été pratiquée pour un mauvais état général consécutif à des causes d'ordre médical. Cette indication est, d'ailleurs, abandonnée à l'heure actuelle, sauf évidemment le cas de rétention placentaire trop prolongée. Il est certain qu'une délivrance naturelle en temps opportun est bien moins fatigante pour la malade que le traumatisme opératoire d'une délivrance artificielle.

Dans les cas d'infection amniotique, la délivrance artificielle ne nous paraît pas devoir être préconisée de façon systématique, car la main de l'accoucheur risque évidemment d'aller inoculer au niveau de la muqueuse utérine le contenu septique de l'œuf.

Mais si la délivrance naturelle tardait à se faire, le risque de contamination manuelle deviendrait moins grand que celui d'une rétention placentaire en milieu infecté.

Il faut donc, en cas d'infection amniotique, savoir se garder autant d'une intervention systématique que d'une expectative trop prolongée.

Enfin, les dangers de la délivrance artificielle étant, de toute évidence, bien moins grands que ceux d'une rupture utérine méconnue et abandonnée à elle-même, il est incontestable que le moindre soupçon de rupture utérine provoquée au cours d'une manœuvre obstétricale doit imposer, dès l'extraction de l'enfant, la délivrance artificielle, premier temps d'une exploration méticuleuse de la cavité utérine.

II

TECHNIQUE

Le grand danger de la délivrance artificielle est, nous le savons, l'infection.

Pratiquée systématiquement par Mauriceau, la délivrance manuelle entraîna, avant la période antiseptique, de tels accidents infectieux qu'on ne la fit plus qu'avec une crainte légitime, jusqu'à ce que l'ère pastoriennne, atténuant considérablement ces risques, eût élargi, dans de mêmes proportions, ses indications.

Une asepsie rigoureuse est la première condition indispensable à la réalisation d'une délivrance manuelle correcte. En effet, tandis que dans la plupart des interventions obstétricales pratiquées de nos jours la main de l'accoucheur ne dépasse guère le canal vaginal ou la partie basse du col, cette main, dans la délivrance artificielle, remonte jusqu'au fond utérin et entre en contact d'une façon prolongée et répétée avec l'aire placentaire, c'est-à-dire la zone de l'utérus puerpéral, qui, par ses conditions de vascularisation, est la plus sujette à l'infection grave et à sa propagation par voie sanguine.

Nulle intervention obstétricale n'exige donc, autant que la délivrance artificielle, une asepsie rigoureuse, absolue, chirurgicale. Le périnée, la racine des cuisses et la vulve de la malade auront été l'objet d'une toilette antiseptique minutieuse, et les parties avoisinantes seront recouvertes de champs stérilisés.

Les conditions d'asepsie sont réalisées au maximum par l'usage de gants de caoutchouc stérilisés à l'autoclave.

Mais l'expérience a montré que le gant de caoutchouc, — et non seulement le gant classique de Chaput, mais encore le gant moulé à la manière de de Martel, — présentait de gros inconvénients, rendant beaucoup plus laborieuses les manœuvres dans un utérus qui se contracte et se rétracte, gênant le toucher intra-utérin, au point de rendre illusoire la recherche d'un cotylédon en rétention, faisant, en conséquence, courir le risque d'une délivrance incomplète, enfin, littéralement impossible à utiliser dans les cas difficiles d'enchatonnement ou d'adhérences anormales.

On ne peut donc préconiser de façon systématique et absolue l'usage du gant de caoutchouc dans la pratique de la délivrance artificielle.

Il faudra y suppléer par un brossage et un savonnage minutieux et prolongé à l'eau bouillie des mains et des avant-bras (jusqu'au-dessus du coude de l'opérateur); ils seront finalement désinfectés à l'aide d'un antiseptique fort, tel que l'alcool ou, mieux, l'alcool iodé.

Enfin, la pratique de la délivrance artificielle devra être rigoureusement interdite à tout médecin qui aura eu pendant les jours précédents des contacts septiques sérieux (abcès, angines, érysypèle, etc.).

La question de l'anesthésie est dans nombre de cas subsidiaire. On devra s'en passer chez les femmes ayant saigné, atteintes d'anémie aiguë et chez qui il importe d'aller vite.

Il y aura avantage à y recourir, pour leur éviter les désagréments d'une intervention un peu pénible, chez les malades où cette intervention ne rencontrera pas de grosse difficulté.

Il devient, au contraire, capital de s'aider d'une bonne anesthésie générale pour pratiquer la délivrance manuelle dans les cas de rétention placentaire par adhérences anormales, et surtout par enchatonnement. Dans ce dernier cas, en particulier, l'anesthésie générale doit être considérée comme le premier temps, et un temps essentiel, de l'inter-

vention. Ce n'est qu'avec une anesthésie profonde que l'on arrive à vaincre ces anneaux de rétractions derrière lesquels se cache ou au travers desquels s'étrangle le placenta.

Hormis des difficultés exceptionnelles, la délivrance artificielle pourra être pratiquée sur la malade couchée dans son lit, dans l'attitude même où elle a accouché spontanément, le siège élevé par un bassin, les cuisses écartées et moyennement fléchies.

On peut distinguer dans la technique de la délivrance artificielle trois temps successifs :

- { l'introduction de la main;
- le décollement total du délivre;
- son extraction.

PREMIER TEMPS. — La main, en cône, est « coulée », comme disaient les anciens accoucheurs, dans les voies génitales. Cette main remonte le vagin, franchit le col et pénètre dans la cavité utérine. Ce temps ne rencontre de difficultés notables qu'au cas de rétraction utérine excessive, surtout dans des cas tardifs.

DEUXIÈME TEMPS. — La main, arrivée dans la cavité utérine, recherche le bord libre des membranes, s'insinue entre elles et la muqueuse utérine, et parvient ainsi au contact du bord inférieur du placenta, non par la cavité ovulaire, mais bien extérieurement au sac membraneux.

Travaillant surtout du bord cubital de la main, l'accoucheur décolle de proche en proche le placenta.

Le point essentiel de ce temps opératoire est que le décollement doit être total et qu'il sera poursuivi jusqu'à ce qu'il n'y ait plus la moindre adhérence entre le placenta et la surface utérine sur laquelle il s'insérerait. Ce temps peut rencontrer de grosses difficultés, soit si un anneau de rétraction utérine empêche la progression de la main, soit surtout si des adhérences anormales obligent à « sculpter » la muqueuse utérine pour en détacher le placenta.

Mieux vaut alors courir le risque de laisser quelques débris placentaires, que de léser profondément l'utérus.

Dans tous les cas de grosse difficulté technique, la main gauche posée à plat sur la paroi abdominale jouera un rôle essentiel : non seulement elle fixera le fond utérin, comme dans tous les cas, mais encore elle le mobilisera, les doigts intra-utérins ne pouvant souvent alors jouer qu'un rôle passif dans le clivage utéro-placentaire.

TROISIÈME TEMPS. — L'extraction du placenta ne rencontre pas, en général, de grosses difficultés lorsque le temps précédant le décollement a été poussé jusqu'au bout, et il importe qu'il l'ait été. Classiquement, le placenta décollé est saisi à pleine main et entraîné vers le col. Cette manière de faire risque fort d'entraîner des rétentions partielles de cotylédon ou de membranes qui nécessitent une ou plusieurs réintroductions de la main dans la cavité utérine, multipliant ainsi les risques d'inoculation septique.

M. le Professeur Andérodias, pour ces raisons, rejette cette technique et conseille de lui substituer la suivante : la main, ayant réalisé le décollement complet du placenta et des membranes, est retirée de l'utérus et des voies génitales et saisit le cordon, qu'elle tend simplement. La main abdominale réalise alors l'extraction du placenta par expression utérine ou refoulement. En somme, le décollement artificiellement réalisé, la technique est la même que celle d'une délivrance naturelle.

RESULTATS

Après avoir discuté brièvement les indications de la délivrance manuelle dans le cadre de notre statistique et envisagé sa technique, nous nous proposons d'étudier le rôle qu'elle joue dans la pathologie des suites des couches, c'est-à-dire ses résultats.

Pour l'ensemble de notre statistique, la morbidité globale a été de 37,8 p. 100 des délivrances pratiquées.

Ce chiffre élevé n'indique pas, en réalité, la morbidité dont est responsable la délivrance manuelle, car, en même temps qu'elle, d'autres interventions, souvent, ont été pratiquées, chez des femmes qui, parfois, étaient en état d'infection.

Pour établir la morbidité, nous avons, en principe, considéré comme infectée toute malade qui, dans les suites de couches, présentait une élévation de température à 38 degrés ou au-dessus que l'on ne pouvait rapporter à une affection intercurrente.

Nous avons ainsi relevé 90 observations de suites de couches pathologiques pour des accouchements où la délivrance artificielle avait été faite.

Nous étudierons séparément les cas où la délivrance manuelle a été la seule intervention obstétricale et ceux où, d'autres interventions ont apporté un facteur accessoire d'infection.

Pour le premier cas, nous avons relevé 51 observations pour lesquelles il y a eu :

- 43 suites de couches absolument dénuées de tout incident;
- 6 cas d'infection;
- 1 cas de phlébite avec infection puerpérale;
- 1 cas de mort par infection.

La morbidité est de 17,5 p. 100; la mortalité de 1 p. 100.

ANNÉE 1923 : Obs. 464. — I-pare, accouchement normal.

D. A. pour adhérence anormale du placenta.

Température 39 degrés le deuxième jour, puis suites normales.

ANNÉE 1925. — Obs. 756. — IX-pare, inertie utérine traitée par l'hypophyse. D. A. pour hémorragie; adhérences anormales peu solides; la malade étant fatiguée, 10 cm³ d'huile camphrée, sérum. Les trois premiers jours, la température se maintient autour de 38 degrés.

Deux injections de 12 centigrammes de sulfarsénol.

Suites apyrétiques.

ANNÉE 1928 : Obs. 40. — Accouchement prématuré à 8 mois. Quinze minutes après, hémorragie, que n'arrêtent pas les petits moyens; pouls rapide; muqueuses décolorées, bourdonnement d'oreilles; lipothymie. On pratique la D. A. : on trouve des adhérences fibreuses anormalement résistantes. On remonte la malade par des toni-cardiaques, sérum : 1 litre; sulfarsénol : 12 centigrammes. Les trois jours suivants, un clocher de température à 38° 6, puis tout rentre dans l'ordre. La malade sort le dixième jour.

ANNÉE 1928 : Obs. 41. — Accouchement prématuré à 8 mois 1/2.

Trente minutes après l'accouchement, tentative de délivrance par expression.

Une heure et une heure trente après, nouvelles tentatives infructueuses.

Deux heures après, la malade commence à saigner.

Deux heures trente après, on pratique la délivrance artificielle. Le placenta est enchatonné dans une corne utérine.

On fait, dans les jours qui suivent, 4 injections de 12 centigrammes de sulfarsénol.

Le quatrième et le douzième jour, clocher de température à 38.

Suites bonnes.

ANNÉE 1929 : OBS. 466. — Accouchement spontané.

Quarante-cinq minutes après, hémorragie abondante, signes d'anémie graves, toni-cardiaques.

D. A. Injection iodée ergotine; sérum : 500 cm³; sulfarsénol : 2 injections de 12 centigrammes dans les jours qui suivent.

Endométrite des suites de couches. La température oscille entre 37 et 38 pendant quelques jours.

Drain de Mouchotte. Tout rentre dans l'ordre, et la malade sort, en bon état, le dixième jour, malgré l'avis du médecin.

ANNÉE 1930 : OBS. 357. — XV-pare de 38 ans ayant fait six avortements, le père étant le même pour toutes les grossesses.

Dès le début de la grossesse, comme d'ailleurs pour les trois dernières, la malade a fait une pyélonéphrite avec hématuries. Il y a eu une phase urémique au début.

Elle accouche, le 14 mai, à 21 heures, d'une fille de 3 kg. 850.

Poche des eaux intacte à l'entrée en salle; durée totale du travail, 9 heures; période d'expulsion, cinq heures.

Une heure après délivrance manuelle pour grosse hémorragie, le placenta est adhérent sur presque toute sa surface et difficile à décoller. La malade semble shockée, elle est très pâle.

Sérum glucosé; glace sur le ventre; Hémostyl.

Le deuxième jour, température 39, frisson. Abscès de fixation; Leucoseptyl.

On continue à faire 500 cm³ de sérum tous les jours jusqu'au cinquième jour, ainsi que des toni-cardiaques et du Leucoseptyl. L'abcès de fixation est incisé le sixième jour.

Au huitième jour, douleur vive dans les deux mollets, qui sont très tendus, œdème péri-malléolaire; phlébite double; sangsues, gouttière.

L'état de la malade est précaire, la température, qui avait baissé aux environs de la normale, remonte au dix-neuvième jour. On est obligé de faire du sérum à la malade et des injections de toni-cardiaques jusqu'au quarante-cinquième jour. 3 cm³ d'huile camphrée tous les jours.

Le pouls et la température ne sont redevenus normaux qu'aux environs du trente-cinquième jours.

La malade a présenté, en outre, pendant tout ce temps un état d'anémie assez accusé.

Elle sort, en bon état, le soixante-quatrième jour après l'accouchement.

ANNÉE 1931. — OBS. 339. — Voir observation page 16. Cas de septicémie suraiguë. Mort.

Ainsi nous voyons que parmi les cas de morbidité les uns ont été relativement bénins (poussées fébriles, fugaces, endométrites plus ou moins bénignes cédant rapidement à la thérapeutique habituelle), les autres très graves, puisque l'un s'est terminé par la mort de la malade, et l'autre l'a laissée de longues semaines dans un état alarmant.

Dans les deux cas d'infection grave, il s'agissait de malade shockées, très affaiblies, soit par la longueur du travail, soit par l'hémorragie, et chez lesquelles la délivrance a été particulièrement laborieuse.

Les chances d'infection puerpérale étaient grandes, surtout dans l'observation 339, de 1931, avant même la délivrance. Celle-ci les a-t-elle augmentées et dans quelle proportion ?

Il est bien difficile de le dire exactement.

Pour l'observation 337, de 1930, il semble bien cependant que la délivrance ait une grande part de responsabilité, puisque les autres causes d'infection sont peu importantes, mais il semble aussi que la gravité de l'affection tienne pour beaucoup au mauvais état général dans lequel s'est trouvée la malade, dont la résistance devait être très diminuée.

Nous allons étudier maintenant la morbidité quand, à la délivrance manuelle, se trouve associée une ou plusieurs interventions obstétricales, et nous essaierons de dégager la responsabilité qui revient à la délivrance dans les infections de ces suites de couches.

La morbidité se trouve très augmentée, puisqu'elle passe de 17,5 p. 100 à 41,6 p. 100. Sur 187 observations, il y a

81 cas d'infection des suites de couches et 2 cas de mort consécutive à ces infections.

Cette augmentation de la morbidité, de même que la plus grande fréquence relative des affections graves, ne doivent pas surprendre, puisque pour ces cas de nombreuses causes d'infection se trouvent additionnées.

Ainsi nous avons relevé 14 observations où l'infection a été grave, très grave, ou ayant entraîné la mort.

Pour toutes ces observations, la discrimination de ce qui revient à la délivrance comme facteur d'infection est impossible parmi de nombreuses causes dont le coefficient de gravité a pu, du fait des circonstances, devenir prépondérant.

Nous mentionnerons cependant quelques-unes de ces observations.

ANNÉE 1919 : OBS. 347. — Femme de 36 ans, III-pare.

Insertion basse du placenta, hémorragie de l'accouchement, dilatation au ballon. La malade étant fatiguée, sérum : 350 cm³. Température, 38°3; pouls, 120; extrémités froides, cyanosées; grand frisson.

Devant cet état alarmant, on pratique la version podalique; fœtus mort, délivrance manuelle, injection iodée chaude; sérum, 500; tonicardiaques; huile camphrée, 5; éther, 2; caféine, 1; température, 37°3; pouls, 120.

Le lendemain, température à 40 degrés, grand frisson, pouls grimpant.

Transéat à l'isolement de Canolle.

La température descend et se maintient entre 38 et 38°5 pendant une quinzaine de jours; le pouls est normal; l'infection est en somme restée intra-utérine; la malade sort guérie le vingt-septième jour.

ANNÉE 1920 : OBS. 148.

ANNÉE 1920 : OBS. 453. — Primipare, 27 ans, entre en salle de travail venant de l'extérieur le 8 novembre, à 11 heures, parce

qu'elle a perdu les eaux. Quinine, 1 g. 50; injections chaudes fréquentes; vers 15 heures, quelques contractions; le 9 novembre au matin, dilatation 2 francs; quinine, 0 g. 50. A 9 heures, les bruits du cœur s'arrêtent.

On fait la dilatation au ballon; liquide amniotique très fétide teinté de méconium. Application de forceps dans l'excavation, dégagement difficile par suite de deux circulaires autour du bras et de brides vaginales.

20 minutes après l'accouchement, la malade saigne : on fait la D. A.; injection iodée, ergotine, tonicardiaques, sérum adrénaliné, le lendemain frisson, température, 38°6, ainsi que le deuxième et le troisième jour; septicémie, injection utérine iodée. Transéat à Canolle.

Pneumonie, abcès de fixation qui prend; la malade meurt en apyrexie par défaillance cardiaque le 24 novembre.

ANNÉE 1921 : OBS. 526. — IX-pare, 35 ans.

Présentation du siège mode d'un pied; placenta proevia; la malade saigne. Sous chloroforme, on fait la dilatation; l'extraction de l'enfant est difficile; pour la tête dernière, on a la sensation de résistance vaincue.

D. A. pour revision.

La malade a beaucoup perdu de sang. Température après l'accouchement, 39; le deuxième jour, 39 et frissons.

On transéate la malade à l'isolement de Canolle.

Les trois premiers jours qui suivent son entrée, on fait 60 cm³ de sérum antistreptococcique et un abcès de fixation que l'on incisera le dixième jour; à ce moment, la température est tombée, le pouls est normal; la malade sort guérie au vingt-deuxième jour.

ANNÉE 1923 : OBS. 575. — Rupture prématurée des membranes, défaut d'engagement, forceps au détroit supérieur pour élévation de température de la mère : 39 degrés.

Hémorragie de moyenne intensité; on fait la délivrance manuelle, vérification utérine, bassin normal.

Une heure après l'intervention, température 41 degrés, frisson, facies de grande infectée; 10 cm³ électargol, abcès de fixation,

sérum antistreptococcique. La température se maintient élevée jusqu'au dixième jour, puis devient rapidement normale; le troisième et le septième jour la malade avait présenté des frissons.

Evolution vers la guérison assez rapidement.

ANNÉE 1926 : OBS. 323. — Hydrocéphalie modérée, rupture prématurée des membranes par insertion basse du placenta; infection amniotique; la malade est très fatiguée; après plusieurs tentatives de forceps, basiotripsie.

D. A. pour révision; injection iodée, sulfarsénol.

Dans les jours qui suivent, la malade présente de l'ictère avec urémie croissante : 2, 4, 5, 10 grammes; elle meurt en apyrexie le quinzième jour, le pouls étant demeuré aux environs de 140 et la température ayant présenté trois clochers à 39 degrés le sixième, le neuvième et le onzième jour.

ANNÉE 1928 : OBS. 612. — Basiotripsie après échecs multiples de forceps au D. S. pour souffrance fœtale. D. A. pour vérification utérine; injection iodée, glace, sulfarsénol, septicémine.

Infection puerpérale atténuée au dix-huitième jour. Phlébite. Guérison.

ANNÉE 1929 : OBS. 794. — Primipare, 20 ans.

Dystocie du col et infection amniotique. On tente sans résultat la dilatation artificielle sous rachianesthésie; on fait alors des incisions du col sous chloroforme; forceps dans l'excavation; D. A. pour vérification. Dès ce moment, le pronostic des suites de couches paraît très réservé; injection intra-utérine iodée, glace, sulfarsénol, septicémine; la température après l'accouchement est à 38 degrés; le lendemain, elle est à 40 degrés, puis 39 degrés. On transfère la malade à l'isolement de Canolle. On fait pendant quatre jours de la septicémine; la température tombe en lysis; elle est normale le troisième jour après son arrivée. Les suites restent bonnes et la malade sort guérie sans autre incident.

ANNÉE 1930 : OBS. 13. — Cyphotique, taille 1 m. 36, bassin en entonnoir, congestion des bases. Les membranes prématurément rompues trois jours avant le travail. Température, 38° 6; sous

chloroforme, on pratique la dilatation artificielle; application de forceps dans l'excavation; le liquide amniotique et le fœtus sont très fétides. Il existe une déchirure profonde du périnée, que l'on refait; la malade, à ce moment, est très fatiguée; on pratique la D. A. La malade est difficilement remontée : huile camphrée, oxygène, ouabaïne intraveineuse, sulfarsénol, injection iodée.

Le deuxième jour, plaies vaginales sphacélées.

Cinquième jour : la température s'élève à 40, la malade a des frissons; sulfarsénol, abcès de fixation, septicémie, caféine, éther, huile camphrée; son état est alarmant. La température baisse peu à peu, mais la malade meurt le dix-neuvième jour par défaillance cardiaque, étant depuis plusieurs jours en apyrexie.

ANNÉE 1931 : OBS. 17. — Rupture prématurée des membranes le 18 décembre; début du travail le 3 janvier; elle arrive le 6 janvier à l'hôpital : température, 40; pouls, 120; en état de contracture; enfant mort; présentation du sommet.

Basiotripsie très simple sous chloroforme. D. A. pour révision; injection iodée. H. C., 5 cm³; éther, 2 cm³.

Le troisième jour, la température jusque-là normale, monte à 38°5. Septicémie.

On diagnostique un phlegmon du ligament large.

A quelques jours de là, menace de phlébite; le pouls est grimpant; sangsues; immobilisation.

Tous les phénomènes infectieux se sont assez facilement amenés, et la malade sort guérie au vingt-huitième jour.

Il est intéressant de noter qu'à côté de ces cas il y en a d'autres où, les circonstances paraissant tout aussi mauvaises, les suites de couches ont été physiologiques.

Nous en donnerons quelques observations.

ANNÉE 1921 : OBS. 667. — Bassin rétréci.

Une première application de forceps au D. S. tentée à Arcahon sans résultat après deux heures d'efforts.

Nouvelle application à la clinique, où la malade est amenée; échec; on fait alors une basiotripsie.

La malade est très fatiguée; la température est au-dessus de 38 degrés. On pratique la D. A., quoique la malade soit sous chloroforme, l'anneau de Baudl est rétracté, le placenta est facilement décollé.

Déchirures du col à droite et à gauche, sans propagation au segment inférieur. On remonte la malade.

La malade fait de la rétention d'urine avec cystite légère et urines hématiques.

La température reste normale jusqu'à la sortie de la malade.

ANNÉE 1925 : OBS. 24. — Placenta proevia, dilatation au ballon, forceps dans l'excavation. La malade est shockée, elle présente de la température. D. A., et l'on remonte la malade. Suites physiologiques.

ANNÉE 1924 : OBS. 475. — Procidence du cordon. Forceps à la partie supérieure de l'excavation difficile; trois prises, dégagement en O. S.; enfant mort. D. A. pour vérification, œuf incomplet; injection intra-utérine, glace. 12 centigrammes de sulfarsénol préventif.

Suites normales.

OBS. 508. — Accouchement prématuré à 7 mois 1/2. Placenta proevia; V. M. I.; on est obligé de faire un forceps sur la tête dernière; enfant fort. La malade est très fatiguée. D. A.; injection iodée, huile camphrée; sérum 500 cm³ sous-cutané; sulfarsénol.

Suites excellentes.

ANNÉE 1929 : OBS. 326. — Echec de forceps au D. S. Echec de basiotripsie. Version M. I. Perforation de la voûte. D. A. pour revision. Tamponnement après injection iodée; la malade est très mal. Sérum 500 cm³, huile camphrée, glace, sulfarsénol. Suites physiologiques

ANNÉE 1930 : OBS. 236. — Hydrocéphalie, échec de forceps en ville, infection amniotique. Perforation cranienne. D. A. pour vérification. Glace, sulfarsénol pendant trois jours. Suite apyrétique.

OBS. 554. — Procidence du cordon, mort du fœtus. Basiotripsie laborieuse. D. A. pour revision, col déchiqueté, vagin éraillé, légère hémorragie, météorisme au lendemain de l'accouchement, sérum hypertonique, 100; tonicardiaques, glace; tout rentre dans l'ordre. Il n'y a pas eu de fièvre.

ANNÉE 1932 : OBS. 270. — Dystocie par gros enfant. Tentatives infructueuse de forceps au D. S. en ville. On pratique la basiotripsie, mais on se trouve en difficulté pour l'extraction des épaules.

D. A. pour revision.

La malade est très shockée; tonicardiaques, sérum adrénaliné, glace, sulfarsénol. Suites excellentes.

OBS. 450. — Enfant mort *in utero*; échec de basiotripsie pour longueur du travail. On fait la version par manœuvres internes.

D. A. pour revision. Sulfarsénol. Suites excellentes.

OBS. 849. — Forceps au D. S., échec en ville. Basiotripsie. D. A. Suites excellentes.

*
**

En résumé, nous voyons donc que :

Pour 51 accouchements où la délivrance a été la seule intervention pratiquée, il y a eu 8 cas d'infection (17,5 p. 100), se décomposant ainsi :

Poussées fébriles fugaces, 2 cas;

Endométrite légère, 4 cas;

Phlébite et infection puerpérale, 1 cas;

Infection puerpérale mortelle, 1 cas.

Pour 187 accouchements où la délivrance a été associée à une autre intervention obstétricale, il y a eu 81 cas d'infection dans les suites de couches (morbidity, 41,5 p. 100), se décomposant ainsi :

Poussées fébriles fugaces, 38 cas;

Endométrites plus ou moins graves, 27 cas;

Phlegmon du ligament large, 1 cas;

Pelvi-péritonite, 2 cas;

Infection puerpérale grave, 14 cas, dont 3 cas de mort;

Phlébite, 1 cas.

Par conséquent, il nous paraît légitime de ne mettre au passif de la délivrance artificielle que le pourcentage d'infection consécutif à sa pratique isolée, à l'exclusion de celui où elle a été associée à d'autres interventions. Nous reconnaitrons donc à la délivrance manuelle une morbidité générale de 17,5 p. 100 et une mortalité voisine de 1,2 p. 100. Nous remarquerons en outre que nous n'avons relevé qu'un cas de phlébite pour 51 délivrances pratiquées.

CONCLUSIONS

I. — La délivrance manuelle à la clinique d'accouchement de la Faculté de médecine de Bordeaux a été pratiquée, au cours de ces quatorze dernières années, dans 2,2 p. 100 des cas.

II. — Les indications habituelles ont été :

- 1° L'hémorragie, 46 p. 100;
- 2° La rétention du délivre, 16 p. 100;
- 3° La révision utérine, quand il y a doute de l'intégrité de l'utérus, 34 p. 100;
- 4° L'état général maternel, 4 p. 100.

III. — La morbidité globale de la délivrance artificielle par infection a été de 37,5 p. 100, avec :

- 64 p. 100 environ de morbidité légère;
- 36 p. 100 environ de morbidité grave;
- 1,2 p. 100 de mortalité.

IV. — Il importe de distinguer les cas où la délivrance artificielle représente la seule intervention pratiquée (17,5 p. 100 de morbidité) et ceux où elle a été associée à une autre intervention dont la part dans la genèse de l'infection ne saurait être méconnue (41,6 p. 100 de morbidité).

V. — La délivrance artificielle n'est pas une intervention indifférente; elle ne sera pratiquée que sous le couvert d'une asepsie rigoureuse et sur des indications bien établies :

- Hémorragies de la délivrance;
- Rétention du délivre;
- Révision utérine.

On ne doit pas méconnaître la morbidité dont elle reste grevée.

VI. — La délivrance artificielle sera pratiquée la plupart du temps sous anesthésie générale. La main utérine réalisera d'une façon complète le décollement du délivre, qui sera ensuite extrait par expression utérine et refoulement.

Vu : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
J. ANDERODIAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 19 juillet 1933.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- AHLFELD. — Perte de sang accompagnant la délivrance. *L'Obstétrique*, 1904.
- ASCHERMANN (G.). — Extratio placentæ accretæ. *Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynak.*, 78, 75-83, janv. 1928.
- BABOUR. — *Edimburg med. journ.*, 1884.
- BEUZION (J.). — Indikation und Technik der Auffulung der Placenta nach Mojou Gabastou. *Zentralbl. f. Gynak.*, 53, 2665-2670, 19 oct. 1929.
- BOKANOV (F.-A.). — Modification of Credé Method (removengplacenta). *Vrach. Gaz.*, 31, 258-260, 28 févr. 1927.
- BROSSET. — Thèse Paris, 1898.
- BULENDOF. — Thèse Nancy, 1881.
- BUNUNY. — Précis d'obstétrique. Maloine, 1912.
- CATHALA et BIANCARU. — *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, 1921.
- CHAPUIS. — Thèse Lyon, 1921.
- COHEN. — Uterus ruptur durch den Creduschen audgniff *Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynak.*, 93; 764-770, 1928.
- COMMANDEUR. — La pratique de l'art des accouchements, t. I, 1914.
- COMMANDEUR et CHAPUIS. — Obstétrique et Gynécologie, 1922.
- DIDIER. — Vingt cas de délivrance artificielle. *Prat. méd. franç.*, n° 6, juin 1929 (A.), p. 273.
- FABRE. — Précis d'obstétrique. Baillière, 1922.
- GABASTOU. — *Annales de la Societad de Ostetrica de Buenos-Ayres*, 1914.
- GHEORGIU. — Leçons du jeudi soir à la clinique. Tarnier, 1928.

HEIDLER (H.). — Ueber die manuelle Placentalozung. *Wien. Klin. Wochenschr.*, 41, 706-707, 17 mai 1928.

HEIDLER (H.) et STEINHARDT (B.). — Ueber die manuelle Placentalozung. *Wursb. Abhandl. a. d. Gersambgeb. d. Med.*, 24, 229-303, 1926.

— Es la extracci6n mauval de placenta la intervencion obstetrica mas péligrosa? *Clin. y lab.*, 12, 303-311, oct. 1928.

• HEYROWSKY. — Manuelle Placentalozung und utérusaustastung. *Zentralbl. f. Gynak.*, 55, 1907-1910, 13j uin 1931.

JARCHO (J.). — Delivery of udherent placenta; report of 3 cases in wich Mojou-Gabastou method was employed. *Surg. Gyn. obst.*, 46, 265-272, févr. 1928.

JOHAUNSEN (T.). — Die mamellen Dehung des muttermundes unter der Geburt. *Zentralbl. f. Gynak.*, 55, 3463-3465, 28 nov. 1931.

KASANSKAYA (N.). — Expressing placenta by haud. *J. Akush. i. Zhensk boliez*, 42, 80-81, 1931.

KRASSNOPOLSKAYA (A. L.). — Reventron of infection in expression of placenta by hand. *J. Akush. i. Zheusk boliez*, 40, 488-493, juin 1929.

LEHMANN (H.). — Ein Fall von wiederholter verspäteter placentalosung. *Zentralbl. f. Gynak.*, 54, 2844-2845, 8 nov. 1930.

PELIZZA. — Thèse de Paris, 1924.

PETERS (H.). — Ueber die manuelle Pläzentalozung. *Wien. Klin. Wochenschr.*, 41, 1379-1380, sept. 1928.

RADVANY (G.). — Technic and results of manual separation of placenta. *Orvosi. hetil*, 16, 253-255, 26 mars 1932.

ROSSIER. — Traitement de la période de délivrance. *Sweitz. Mediz. Wochenschr.*, 54, Jahrgang n° 4.

ROYER. — Thèse Paris, 1921.

TARNIER et CHANTREUIL. — Précis d'accouchements.

TUCKER. — Hémorragies physiologiques de la délivrance. *L'Obstétrique*, 1899.

TURENNE. — Un point de technique obstétricale à propos de la délivrance artificielle. *Presse médicale*, 40, 386, 9 mars 1932.

- TURENNE (A.). — A propos de la délivrance artificielle. Soc. belge de gyn. et d'obst. *Bruxelles médical*, 16 oct. 1932.
- VARNIER. — Obstétrique journalière. Paris, 1900.
- VAUDIER. — Le pronostic de la délivrance artificielle. Thèse de Paris, 1926.
- WONG (A. I. R.). — Study of manual extraction of placenta in China: report of 25 cases. *Chinese M. J.*, 46, 184-196, févr. 1932.

